

Varför är det så svårt?

– En litteraturstudie över sjuksköterskans
inställning till att samtala om
sexualitet med patienten

| | |
|--------------|---|
| FÖRFATTARE | Moa Eriksson, Pernilla Henningsson |
| PROGRAM/KURS | Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng VT 2011 |
| OMFATTNING | 15 högskolepoäng |
| HANDLEDARE | Stefan Thorpenberg |
| EXAMINATOR | Anna Dencker |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

| | |
|-----------------------|---|
| Titel (svensk): | Varför är det så svårt? – En litteraturstudie över sjuksköterskans inställning till att samtala om sexualitet med patienten |
| Titel (engelsk): | What makes it so difficult? –A literature review exploring the difficulties of discussing sexuality between nurses and their patients |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program/kurs/kurskod: | Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Sidantal: | 24 |
| Författare: | Moa Eriksson Pernilla Henningsson |
| Handledare: | Stefan Thorpenberg |
| Examinator: | Anna Dencker |

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Patienter med sexuella problem finns överallt inom vården och studier visar att detta är ett ämne som patienterna gärna hade pratat mer om. Enligt WHO:s sexuella rättigheter har alla människor rätt till sexualupplysning och att erhålla information relaterad till sexualitet. Som det ser ut nu är sökordet ”Sexualitet/Reproduktion” något som sällan eller aldrig dokumenteras under. För att tillgodose patientens behov bör sjuksköterskan därför ha kunskap och insikt i vanligt förekommande sexuella problem och läkemedelsbiverkningar.

Syfte: Vårt syfte är att undersöka sjuksköterskans inställning till att prata med patienter om sexualitet. Vad främjar eller hindrar initiativet till samtal med patienten? **Metod:** En litteraturoversikt utfördes, baserad på tio vetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats, där samtliga var publicerade inom de senaste tio åren. **Resultat:** Majoriteten av sjuksköterskorna anser att det är deras ansvar att prata om sexualitet med patienten, men de flesta gör det inte i praktiken. Potentiella barriärer för detta är bland annat sjuksköterskans egna egenskaper och värderingar, samtidigt som föreställningar om patienten påverkar sjuksköterskan att ta upp sexualitet. Dessa föreställningar handlar till exempel om patientens ålder, sjukdomsgrad och kön. **Slutsats:** För att patienten ska få en holistisk och fullgod omvårdnad krävs det att sjuksköterskan ser till hela individen vilket också innefattar patientens sexualitet. För att uppnå detta krävs det mer utbildning inom ämnet, både i grundutbildningen och genom vidareutbildning på arbetsplatsen. Rutiner inom omvårdnaden behöver upprättas för att fånga upp patienter som är i behov av hjälp och rådgivning.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA | 1 |
| SEXUALITETENS HISTORIA | 3 |
| SEXUALITETEN I VÅRDEN | 4 |
| Holism, delaktighet och kommunikation | 4 |
| Läkemedelsbiverkningar | 5 |
| Sjukdomar som kan påverka sexualiteten | 5 |
| PROBLEMFORMULERING | 5 |
| SYFTE | 6 |
| METOD | 6 |
| LITTERATURSÖKNING | 6 |
| Inklusionskriterier | 7 |
| Exklusionskriterier | 7 |
| ANALYS | 7 |
| RESULTAT | 9 |
| SEXUALITET SOM EN DEL AV SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR | 9 |
| Jag själv eller någon annan? | 9 |
| En prioriteringsfråga | 10 |
| SJUKSKÖTERSKANS FÖRESTÄLLNINGAR OM PATIENTEN | 10 |
| Patienten är för sjuk | 11 |
| Ålder och levnadsförhållande | 11 |
| Etniska minoritetsgrupper | 11 |
| PROFESSIONELLA FAKTORER | 12 |
| Erfarenhet | 12 |

| | |
|--|----|
| Genus och personliga egenskaper | 12 |
| Arbetsområde | 13 |
| Utbildning och kunskap..... | 13 |
| ORGANISATORISKA FAKTORER..... | 14 |
| Tidsbrist | 14 |
| Miljö och omgivning | 14 |
| KULTURELLA FAKTORER | 15 |
| Can of worms | 15 |
| Tabu och integritet..... | 15 |
| METODDISKUSSION..... | 16 |
| RESULTATDISKUSSION..... | 17 |
| SEXUALITET SOM EN DEL AV SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR..... | 17 |
| SJUKSKÖTERSKANS FÖRESTÄLLNINGAR OM PATIENTEN..... | 18 |
| PROFESSIONELLA FAKTORER..... | 18 |
| ORGANISATORISKA FAKTORER..... | 19 |
| KULTURELLA FAKTORER | 20 |
| KONKLUSION | 21 |
| REFERENSLISTA..... | 22 |
| ARTIKELBILAGA..... | |

INLEDNING

Som en del i sjuksköterskans kompetensområde ingår det att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga(1). Sjuksköterskan har enligt ICN:s etiska kod, ansvar för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande (1), ändå förbises patienternas sexualitet inom vården (2,3). Av erfarenhet från verksamhetsförlagd utbildning har vi märkt att sökordet ”Sexualitet/Reproduktion” är något som i de allra flesta fall ekar tomt och något som inte läggs någon vikt på. Dessutom visar studier att vårdpersonal är dåliga på att använda sökordet ”Sexualitet/Reproduktion” (4). Ett flertal studier visar att detta är ett ämne som patienterna saknar och gärna hade önskat att det pratades mer om (5,6). Sexuella problem är inte isolerade till endast en patientgrupp och vårdform utan detta är något som spänner över hela vårdkedjan, såväl kommun som primärvård och landsting. Patientens frågor kan handla om läkemedelsbiverkan, behandlingar som kan påverka sexualiteten eller oro över att samlivet inte fungerar längre. Sexuella frågor och problem finns överallt, men både för patienter och för vårdpersonal kan det kännas oklart vem det är som ska ta hand om dem. Sexuella bekymmer är något som länge har varit läkarnas och barnmorskornas område (7) och vi har under sjuksköterskeprogrammet haft en mycket bristfällig utbildning i sexualitet, sexuell hälsa och sexuell ohälsa. Detta sänder ut ett budskap till nyutbildade sjuksköterskor om att detta inte hör till arbetsområdet. Eftersom sjuksköterskan emellertid möter patienter som upplever lidande i samband med sin sexualitet, är det dock viktigt att även sjuksköterskor uppmärksammar sexuella perspektiv i sitt arbete.

BAKGRUND

SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA

Sexualitet har uppmärksamrats internationellt av Världshälsoorganisationen (WHO). År 2002 tog WHO fram denna definition, översatt av Birgitta Hulter:

*”**Sexualitet** är en integrerad del i varje människas personlighet och det gäller såväl man och kvinna som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonym med att ha samlag, den handlar inte om huruvida vi kan ha orgasmer eller inte, och är heller inte summan av våra erotiska liv. Dessa kan men behöver inte vara en del av vår sexualitet. Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor, samt i att röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa”/ (8)*

Att sexualitet är ett grundbehov är något som även den amerikanske psykologen Abraham Maslow belyser i sin behovsteori. Enligt denna är sexualitet ett mänskligt fysiologiskt behov

som är centralt för människans överlevnad. Behovet av sexualitet måste enligt honom uppfyllas innan högre behov såsom trygghet, tillhörighets- och kärleksbehov och självförverkligande kan uppfyllas (9).

De flesta människor upplever sexualiteten som en värdefull del av sina liv. Sexualiteten omfattar möjligheter för hälsa, glädje och gemenskap, som människor behöver hantera med ansvar och omsorg för att kunna dra nytta av dess stärkande hälsoeffekter (8). Att dra en tydlig gräns mellan sexualitet och sexuell hälsa är svårt då en välfungerande sexualitet med kärlek och respekt är *en* del av den sexuella hälsan. WHO definierar sexuell hälsa enligt nedanstående, översatt av Birgitta Hulter:

”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt, och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas” (8).

Synen på sexualitet skiljer sig dock åt mellan olika kulturer och sammanhang. I många kulturer kännetecknas sexualiteten av avskildhet och ostördhet. Behovet av avskildhet startar redan i barndomen och är en bidragande orsak till att det i vuxen ålder kan vara svårt att prata om sin sexualitet. I varje samhälle finns det, utifrån bland annat kön, ålder och kulturtillhörighet, flera sexualmoraliska norm- och värdesystem, vilka på olika sätt kontrollerar individens sexualitet. Ett mönster som av många uppfattas som normalt, till exempel föräktenskapliga sexuella relationer, kan av andra betraktas som onormalt och olagligt. De sexualmoraliska normsystemen överensstämmer dock inte alltid med gällande lagstiftning (7). Grunderna för de sexuella rättigheterna fanns redan 1975, men det var inte förrän 2002 som WHO kom med denna definition av sexuella rättigheter, översatt av Birgitta Hulter:

Sexuella rättigheter innefattar mänskliga rättigheter som redan erkänts i nationella lagar, internationella dokument för mänskliga rättigheter och andra överenskomna dokument. Dessa inkluderar rätten för alla människor, fria från förtryck, diskriminering och våld, till:

- högsta möjliga hälsa i relation till sexualitet, inkluderande tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård,*
- att söka, erhålla och tillägna sig information i relation till sexualitet,*
- sexualupplysning,*
- respekt för kroppens integritet,*
- fritt val av partner,*
- att besluta att vara sexuellt aktiv eller inte,*
- frivilliga sexuella relationer,*
- frivilligt giftermål,*

- beslut om och när att få barn och,
- att upprätthålla ett tillfredsställande, säkert och njutbart sexualliv(8).

SEXUALITETENS HISTORIA

Människans uppfattning om sexualiteten är varken objektiv eller allmängiltig. De handlingar, känslor och kunskaper som utgör sexualiteten är framförda på olika sätt i olika historiska epoker och kulturella sammanhang (7). För att få en djupare förståelse till varför människan och samhällets relation till sexualitet ser ut som den gör idag vill vi ge en kort genomgång i hur synen på sexualitet har sett ut historiskt.

Enligt Karin Johannisson, specialist inom medicinhistoria, dominerades sexualmoralen i den antika grekisk-romerska kulturen av begreppen självbehärskning och måttfullhet. Självkontroll var nödvändigt både när det gällde själens kontroll över kroppen, förnuftet över känslan eller mannen över kvinnan (10). Nationalencyklopedin uppger att den gifta kvinnans uppgift var att föda barn till sin man. För mannen var sexualiteten ett medel för att upprätthålla sin makt i familj och samhälle. Mannen kunde för sin njutnings skull ha utomäktenskapliga förbindelser med både kvinnor och män. I den tidiga kristendomen var sex något osunt och syndfullt och det uppmanades till celibat, men kyrkan blev tvungen att acceptera den äktenskapliga sexualiteten för fortplantningens skull. I övriga världsregioner varierade synen på sexualiteten från sträng avhållsamhet till ett mer hedonistiskt synsätt. Under medeltiden var avvikande sexuella beteenden något som fördömdes och kunde leda till anklagelser för häxeri, vilket i sin tur kunde leda till dödsstraff (7). Foucault menade att en tolerant hållning till sexualitet blev vida utbredd under 1600-talet. Regler för vad som var opassande suddades ut och det pratades mer öppet om sexualitet (11). 200 år senare, under den viktorianska eran som kännetecknades av moralism och kristlighet (7), flyttar sexualiteten åter in bakom låsta dörrar och hölls inom äktenskapet i fortplantningssyfte (11).

Sexologi är läran om människans sexualitet. Sexologin som vetenskap och kunskapsområde grundades och utvecklades i Europa under 1800-talet. Det var kring denna tid som den medicinska vetenskapen kom att intressera sig för den icke-reproduktiva sexualitetens inverkan på kropp och själ (7). Under den första halvan av 1900-talet skedde flera sexualpolitiska förändringar i Sverige. Från att ha varit olagligt blev preventivmedel något som enligt lag skulle säljas på apotek. Homosexualitet ströks ur brottsbalken och sexualkunskap blev ett frivilligt ämne i skolan. Sexualitet, könsroller och jämställdhet diskuterades livligt på 60- och 70-talen och den sexuella friheten för ungdomar ökade. På 70-talet kom lagen om fri abort, och homosexualitet ströks även ur sjukdomsregistret (12). De senaste årtiondena har det skett stora förändringar i samhällets syn på sexualitet och förståelsen av sexualitet och sexuellt beteende. Utbredningen av HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar spelar en roll i detta (13, 14), men även oönskade graviditeter, infertilitet, könsrelaterat våld, sexuella dysfunktioner och diskriminering på grund av sexuell läggning har diskuterats och uppmärksamats internationellt (13).

SEXUALITETEN I VÅRDEN

Sexuell hälsa handlade länge om att främja en hälsosam reproduktion, det vill säga säkerställa överlevnad för kvinnor och barn i samband med graviditet, förlossning och under spädbarnstid. Idag finns och uppmärksammas andra hot mot den sexuella hälsan; könssjukdomar, sexuellt våld och att många har sexuella problem av olika slag, vilket har vidgat synen på sexuell hälsa (8). Den *kliniska sexologin* representeras främst av läkare, kuratorer, psykologer och barnmorskor som arbetar med människors sexuella störningar (7). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska står det dock att sjuksköterskan ska ”ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt”, och att ”i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling” samt att ”informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll” (1, p.11). Denna kommunikation och undervisning inbegriper givetvis också sexualitet. Därför bör sjuksköterskan uppmärksamma även sexuella aspekter i sitt arbete för att patienten ska få den helhetsvård som hon/han har rätt till (8).

Holism, delaktighet och kommunikation

Holism kommer från det grekiska ordet *holos* som betyder hel, fullständig och innebär att helheten är något mer än summan av delarna (15). Ur ett holistiskt perspektiv ses människan som en enhet av kropp, själ och ande (16). Fokus läggs på människan som helhet i interaktion med omvärlden (17). Därmed är *hälsa* relaterat till hela människan och formas av hennes upplevelser och välbefinnande. Med hälsa menas då något annat än frånvaro av sjukdom (16). Att arbeta utifrån en holistisk omvårdnad innebär följaktligen att sjuksköterskan tar tillvara på hela människans behov; fysiska, psykiska, sociala och andliga.

Det finns idag en rådande syn på att patienten ska vara delaktig i vården. Ordet delaktighet är komplext och definitionerna är många och har förändrats över tid. Successivt har ordet delaktighet fått betydelsen av aktiv medverkan och medinflytande vilket förutsätter att sjuksköterskan och patienten har en fungerande kommunikation. WHO:s hälso- och sjukdomsklassifikation ICF definierar delaktighet som att vara involverad i en livssituation medan databasen MeSH definierar patientdelaktighet som patientens engagemang i den beslutsprocess som handlar om hälsa. Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem beskriver delaktighet som patientens engagemang i sina egenvårdsbehov, vilket förutsätter både kunskap och intresse från patientens sida. För att sjuksköterskan ska kunna ge nödvändig information och kunskap till patienten, måste hon tillgodogöra sig dennes tidigare erfarenheter och förkunskaper, vilket förutsätter ett samtal med patienten (18).

Kommunikation och samtal är onekligen väsentliga delar i de allra flesta möten inom vården och är något som skapar förbindelser och är redskap som sjuksköterskan arbetar med dagligen (19). Trots att samtal är en stor del av sjuksköterskans arbete så finns det ändå ämnen som av olika orsaker sällan berörs, exempelvis sexualitet. I VIPS-boken, som är en modell som vägleder sjuksköterskan i journaldokumentationen, kan man läsa att sökordet

”Sexualitet/Reproduktion” inte bara står för fysiologiska funktioner som klimakterium, menstruation, blödningar etcetera utan också om psykologiska dimensioner som störningar, krav och förväntningar (20). Forskning visar att sjuksköterskor sällan eller aldrig har dokumenterat under sökordet ”sexualitet” (4), vilket tyder på att sjuksköterskan inte prioriterar att prata om sexualitet med patienten, och därmed inte arbetar utifrån en holistisk omvårdnad. Om aldrig dessa samtal äger rum förlorar patienten en möjlighet till hjälp och delaktighet i sin sexuella hälsa.

Läkemedelsbiverkningar

Att informera patienten om potentiella läkemedelsbiverkningar hör till läkarnas profession, men för att inte riskera att missa eventuella symptom är det viktigt att även sjuksköterskan uppmärksammar och har kunskap om läkemedel som kan påverka den sexuella hälsan. De vanligaste inrapporterade biverkningarna är impotens och nedsatt lust och det förekommer till exempel vid intag av antidepressiva, antihypertensiva och antiepileptika. I många fall är biverkningarna reversibla och patienten kan bli helt återställd vid avslutat medicinintag. I vissa fall, vid exempelvis cellgiftsbehandlingar, finns dock risken att få bestående men av känselnedsättning och impotens (21).

Sjukdomar som kan påverka sexualiteten

Att drabbas av en kronisk sjukdom är påfrestande för både kropp och sinne och många sjukdomar kan också förändra de fysiska förutsättningarna för ett fortsatt sexliv. Precis som vid läkemedelsbiverkningar är det vanligt med en nedsatt sexlust vilket kan ses vid exempelvis diabetes mellitus och epilepsi. Det senare sjukdomstillståndet kan också förvärras vid sexuell aktivitet och frambringa grand mal-anfall på grund av hyperventilation och genital stimulering. Sjukdomar som drabbar patientens rörelseförmåga är till exempel amyotrofisk lateral skleros (ALS) och multipel skleros (MS). När det gäller ALS skonas bäckenbottenmuskulaturen och möjligheten till orgasm och ett fortsatt sexliv är därför goda, men den minskade rörligheten är i stället det som kan ställa till problem. Vid MS kan patienten, förutom rörelsenedsättningen, också få förändrade känselintryck, där beröring kan orsaka stark smärta i stället för njutning.

Vid cancer är det inte ovanligt att tumören är lokaliserad till könens särskilda organ, såsom bröst, underliv, prostata, testikel, kolon och urinblåsa vilka också kan skapa ett fysiologiskt hinder sexuellt. När tumören växer kan den påverka både blodgenomströmning och nerver och därmed förhindra den sexuella njutningen. Behandling med cytostatika och strålning kan också ge biverkningar med mer eller mindre bestående men och med risk för infertilitet (21).

PROBLEMFÖRMULERING

Sammanfattningsvis går det att konstatera att samtal om sexualitet är lågt prioriterat inom omvårdnad. Då sjuksköterskan är utbildad till att använda sig av en holistisk människosyn så är patientens sexuella hälsa dock ingenting vi kan välja att ignorera. Därför vill vi undersöka

vad det är för faktorer som påverkar sjuksköterskan när det gäller samtal om sexualitet: är det kultur, religion, brist på kunskap eller vet vi helt enkelt inte vems ansvar det är att prata om sex?

SYFTE

Vårt syfte är att undersöka sjuksköterskans inställning till att prata med patienter om sexualitet. Vad främjar eller hindrar initiativet till samtal med patienten?

METOD

LITTERATURSÖKNING

I den inledande artikelsökningen användes databaserna Cinahl och PubMed. Sökorden var *sexuality, sexual counseling, primary care, barriers, nursing, nurse, talk, nurse-patient relations* och *attitudes* i olika kombinationer. Samtliga titlar ögnades igenom och därefter urskildes de artiklar som föreföll passa syftet. Efter detta urval genomlästes samtliga abstracts. Därefter exkluderades ytterligare några artiklar av olika skäl, till exempel att de inte var skrivna på engelska eller svenska eller att de inte motsvarade syftet. Många av artiklarna fanns inte tillgängliga i fulltext vilket ledde till att urvalet blev mer begränsat.

Efter bedömning av insamlat material bestämdes att ytterligare en litteratursökning skulle äga rum. Denna gång användes databaserna Cinahl och PubMed och sökningen utökades med orden *communication och health care* i kombination med tidigare sökord. Vid denna litteratursökning följdes samma arbetsprocess som vid tidigare sökning. Vid sökning där inte fulltext fanns åtkomlig gavs ibland förslag på artiklar som behandlade liknande ämnen. Genom denna sekundärundersökning fanns ytterligare två artiklar som efter kritisk granskning blev inkluderade.

Ytterligare en sökning utfördes för att se till att all väsentlig forskning inom området hade blivit innefattad. Databaserna Cinahl och PubMed användes och denna sökning inkluderade orden *factors* och *influencing* i kombination med tidigare sökord. I övrigt följdes samma tillvägagångssätt som vid de två första sökningarna. Vid denna sökning kom dubletter av flera av artiklarna som redan var utvalda, och i övrigt var det inte några artiklar som passade syftet. Litteratursökningen kändes nu mättad.

Efter noggrann genomläsning av de 13 utvalda artiklarna exkluderades ytterligare tre stycken på grund av att två av dem fokuserade på fler yrkesgrupper än sjuksköterskor och att majoriteten inte var sjuksköterskor samt att det inte gick att urskilja vad som var resultatet för enbart de deltagande sjuksköterskorna. Den tredje exkluderade artikeln fokuserade mer på patientens inställning än sjuksköterskans vilket inte heller passade syftet. Samtliga kvarvarande artiklar kvalitetsgranskades enligt Fribergs mall för litteraturoversikt (22). Under

granskningen av det slutgiltiga urvalet framkom att endast sex av tio artiklar hade blivit godkända av en etisk kommitté. Beslut togs ändå om att behålla alla artiklar.

Inklusionskriterier

Fokus skulle ligga på *sjuksköterskans* inställning. Samtliga inkluderade artiklar var publicerade mellan 2001-2011. Artiklar från Cinahl var granskade enligt peer review. Sökningen var inte begränsad till ålder, kön eller ursprungsland. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades.

Exklusionskriterier

Artiklar exkluderades som endast fokuserade på patientens inställning. Likaså exkluderades artiklar där majoriteten av deltagarna bestod av andra professioner än sjuksköterskor.

ANALYS

Vid analys av artiklarna lades fokus på likheter och skillnader i resultat. Samtliga artiklar lästes igenom ett flertal gånger för att få en känsla för innehållet enligt Fribergs modell för analys (22). Därefter sammanställdes artiklarna för att få en bättre överblick av resultatet. För att hitta teman granskades varje sammanställd artikel noggrant och nyckelord plockades ur texten vilka bildade egna teman. Samma tillvägagångssätt följdes både när det gällde de kvantitativa och de kvalitativa artiklarna. Sammanlagt bildades 20 olika teman. Teman som liknade varandra bildade en kategori. Till slut hade fem olika kategorier bildats, vilka fick utgöra de fem huvudrubrikerna i resultatet.

| Datum för sökning | Databas | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Slutgiltigt utvalda artiklar |
|-------------------|---------|--|----------------------------|---------------|---|
| 15/3-2011 | Cinahl | Sexual counseling AND nursing | 2001-2011 | 144 | The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction |
| 15/3 – 2011 | PubMed | Primary care AND nurse AND barriers | 2001-2011 | 141 | “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care |
| 15/3-2011 | Cinahl | Talk AND sexuality AND nurse-patient relations | 2001-2011 Peer reviewed | 6 | Discussing sexuality with patients: Nurses’ attitudes and beliefs |
| 15/3-2011 | PubMed | Sexuality AND attitudes AND nursing | 2001-2011 | 781 | Chinese nurses attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients |

| | | | | | |
|-----------|--------|---|--------------------------------|-----|--|
| 15/3-2011 | PubMed | Sexuality AND talk AND nursing | 2001-2011 | 21 | Let's talk about sex: risky business for cancer and palliative care clinicians. Patients' sexual health: A qualitative research approach on Greek nurses' perceptions |
| 22/3-2011 | Cinahl | Sexual AND counseling AND nursing | Peer reviewed 2001-2011 | 85 | 0 |
| 22/3-2011 | Cinahl | Sexual counseling AND barriers | Peer reviewed AND 2001-2011 | 7 | Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice |
| 22/3-2011 | Cinahl | Sexuality AND communication AND health care | Peer reviewed AND 2001-2011 | 67 | Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. Funnen genom sekundärsökning, länk från artikel nr 10. |
| 22/3-2011 | Cinahl | Sexuality AND communication AND nursing | Peer reviewed AND 2001-2011 | 67 | 0 |
| 22/3-2011 | PubMed | Sexual counseling AND nursing | 2001-2011 | 214 | Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perceptions of practice, responsibility and confidence |
| 22/3-2011 | PubMed | Sexual AND counseling AND barriers AND nursing | 2001-2011 | 18 | Lack of communication between health care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. Funnen genom sekundärsökning, länk från artikel nr 6 |
| 30/3-2011 | Cinahl | Sexuality AND factors AND influencing | Peer reviewed AND 2001-2011 | 67 | 0 |
| 30/3-2011 | Cinahl | Sexual counseling AND factors AND nursing | Peer reviewed AND 2001-2011 | 12 | 0 |
| 30/3-2011 | Cinahl | Sexual AND factors AND talk | Peer reviewed AND 2001-2011 | 11 | 0 |

| | | | | | |
|------|--------|--|-----------------------------|----|---|
| | | AND nursing | | | |
| 30/3 | PubMed | Sexual counseling AND factors AND influencing | 2001-2011 AND full texts | 11 | 0 |
| 30/3 | PubMed | Sexuality AND factors AND influencing AND nursing | 2001-2011 | 33 | 0 |
| 30/3 | PubMed | Sexual AND counseling AND barriers AND nursing | 2001-2011 | 18 | 0 |

RESULTAT

SEXUALITET SOM EN DEL AV SJKSKÖTERSKANS ANSVAR

Ett flertal av de funna artiklarna resonerade kring ansvarsfrågor när det gäller information om sexualitet. Flera studier visade att sexualitet är en viktig del i människors hälsa (23,24,25,26,27) och bör diskuteras (23,24,25,26), samtidigt som det var få sjuksköterskor som var villiga att ta diskussionen om sexualitet med patienten.

Jag själv eller någon annan?

Antal sjuksköterskor som tyckte att det hörde till deras profession att samtala om sexualitet med patienten varierade mellan 60-87 % (28,29,30,31). Enligt en brittisk studie utförd av Stead et al. var en av de vanligaste anledningarna till att inte diskutera sexualitet att deltagarna inte ansåg att det var dennes ansvar. Endast 22 % av deltagarna ansåg att det var deras ansvar personligen att ta upp frågan om sexualitet med patienten, medan övriga tyckte att det var någon annans ansvar (24). Även de australiensiska sjuksköterskorna som intervjuades i Hordern & Streets studie hade en uppfattning om att "någon annan" borde diskutera med patienten, när denne har frågor om sexualitet (32). I studien av Stead et al. framkom det att hälften av deltagarna som inte diskuterade sexualitet med patienterna inte heller visste om någon annan på sjukhuset gjorde det (24). I en grekisk kvalitativ studie utförd av Nakopoulou et al. menade två sjuksköterskor att:

"... Talking about sexual health issues is beyond my duties... physicians should provide information" (27, p. 2128).

"...We don't know how to deal with it [sexuality issue]. You don't know whose responsibility it is, where to turn to and doctors do take responsibility...so we don't do anything..." (27, p. 2128).

I vissa fall valde sjuksköterskan att direkt hänvisa patienten och dennes sexuella frågor och problem vidare till läkaren (28,30,31). Resultaten i dessa studier visade på stora skillnader geografiskt där 28 % av sjuksköterskorna i den svenska studien av Saunamäki et al. hänvisade patienten vidare till läkaren (31) medan 36 % hänvisade vidare i den amerikanska studien av Magnan et al. (28) och 52 % gjorde det i den kinesiska studien av Zeng et al. (30).

Jaarsma et al. gjorde en studie på 157 sjuksköterskor från 23 olika länder. De fann att 13 % av sjuksköterskorna i studien tyckte att det var opassande för sjuksköterskor i de flesta situationer att diskutera sexualitet (29). 44 % av sjuksköterskorna i studien av Magnan et al. ansåg att sexualitet endast skulle diskuteras om patienten initierade diskussionen (28). I den kinesiska studien var det 57 % av sjuksköterskorna som tyckte att sexualitet endast skulle diskuteras om det initierades av patienten (30) och i den svenska studien var det ännu fler; 63 % (31).

En prioriteringsfråga

Ca 30 % av sjuksköterskorna tog sig tiden att prata om sexualitet visade både studien av Haboubi & Lincoln samt studien av Magnan et al. (23,28). I andra studier kunde man utläsa att siffrorna varierade mellan 19 och 22 % (24, 25,30,31). Antal sjuksköterskor som *ofta* tog upp frågan om sexualitet var färre. I studien av Vassiliadou et al. svarade 12 % att de ofta gav sexuell rådgivning (25), och i studien av Jaarsma et al. svarade 11 % av de tillfrågade sjuksköterskorna att de ofta hjälpte patienterna med frågor rörande den sexuella hälsan (29). Studien av Gott et al., utförd inom engelsk primärvård, visade att sjuksköterskorna tyckte att sexualitet hörde till en holistisk omvårdnad samtidigt som sexuell hälsa hade en låg prioritet i den praktiska omvårdnaden. En av sjuksköterskorna uttryckte sig som följande:

"If we're going to look after people as a whole then that [sex] is part of it, part of life and we can't ignore it" (26, p. 530).

Även Hordern & Streets studie tog upp frågan om prioritet. En sjuksköterska uttryckte att:

"I don't leave every door open...and what I'm trying to do is...sort out what are the most important things for this person right now...it's mostly a hierarchy of needs..." (31, p. 53).

SJUKSKÖTERSKANS FÖRESTÄLLNINGAR OM PATIENTEN

Nio av tio studier visade att sjuksköterskan hade olika föreställningar om patienten, som nödvändigtvis inte var bekräftade av patienten själv (23,24,25,26,27,28,30,31,32). Dessa föreställningar påverkade sjuksköterskan i huruvida ett initiativ till en diskussion om sexualitet, initierades eller inte.

Patienten är för sjuk

En föreställning var att patienten var för sjuk för att vara intresserad av sex. Magnan et al. fann att 26 % av sjuksköterskorna trodde att patienterna var för sjuka för att vara intresserade av sex (28) medan 44 % trodde detta i studien av Saunumäki et al. (31) och ännu fler, 64 %, ansåg detta i studien av Zeng et al. (30). En sjuksköterska i Horden & Streets studie uttryckte att:

"Do they even care about their intimate relations or sexuality when they feel so bad themselves...and are all these personal issues even relevant to the patient...or is just surviving and getting out of here more important?" (32, p. 53).

Ålder och levnadsförhållande

Även andra egenskaper påverkade i vilken mån sjuksköterskan pratade med patienten om sexualitet. I Haboubi & Lincolns studie påverkades ca hälften av sjuksköterskorna av patientens ålder, kön, fysiska välmående och om patienten var gift eller inte (23). Civilstatus hos patienten var något som även de intervjuade i Horden & Streets studie påverkades av. Att patienten inte hade någon partner, att de var änkor/änkemän, skilda eller levde i ett homosexuellt förhållande var sådant som av många sågs som ett hinder för att ta upp frågan om sexualitet (32). Patientens ålder var något som visade sig vara en påverkande faktor i flera studier då resultaten visade att sjuksköterskorna mer sällan tog upp frågan med äldre patienter (23,24,26,29).

"I suppose you would realistically be more likely to raise issues like that with a 30 year old than an 80 year old yeah, I mean sometimes you might do but I would look for more distinct cues from them, in an older person, before I raise the issues, whereas in a younger person I might be more inclined to raise the issues myself I think yeah [...] yeah I think that's probably true" (26, p. 533)

Etniska minoritetsgrupper

Studien av Gott et al. visade att det fanns en rådande uppfattning om att sex var något som inte diskuterades så öppet inom många etniska minoritetsgrupper. Det var dock få sjuksköterskor som faktiskt hade tagit upp ämnet med patienter från en annan etnisk tillhörighet vilket tyder på att det var deras förutfattade meningar snarare än erfarenhet. Artikeln tog även upp svårigheten att diskutera ett känsligt ämne när patient och sjuksköterska inte talade samma språk. Vid användandet av tolk identifierades risker som att samtalet skulle bli opersonligt eller att tolken skulle bli generad. Att ta hjälp av anhöriga som tolkar ansågs också som mycket problematiskt vid samtal om sexualitet (26).

PROFESSIONELLA FAKTORER

Sjuksköterskans personliga egenskaper har i flera studier visat sig påverka i vilken mån sexualiteten diskuteras eller ej (23,25,27,28,29,30,31). Nedan följer ett antal av de teman som har framkommit tydligast i utvalda studier.

Erfarenhet

Magnan et al. fann att äldre sjuksköterskor var mer benägna än yngre att tycka att sexualitet var ett för privat ämne för att diskutera med patienterna (28). Detta står helt i motsats till flera andra studier. Saunamäki et al. visade att ju äldre sjuksköterska desto positivare attityd till sexualitet (31) och Stead et al. fann att äldre sjuksköterskor var mindre benägna att bli påverkade av patientens ålder, eller att tycka att det var pinsamt att diskutera sexualitet (23).

Saunamäki et al. påvisade att det var en var en statistiskt signifikant relation mellan antal år arbetade som sjuksköterska och attityd till hur bekväma de var med att prata om sex, samt att de ansåg sig mer bekväma än sina kollegor i sin förmåga att ta sig an patientens sexualitet (31). Vassiliadou et al. intervjuade sjuksköterskor från olika sjukhusavdelningar om deras roll i sexuell rådgivning för patienter efter hjärtinfarkt. De visade att sjuksköterskor med minst fem års arbetserfarenhet från en kardiologavdelning var mer bekväma och hade en större känsla av möjlighet till ansvar för att ge sexuell rådgivning, än de med liten erfarenhet från en kardiologavdelning (25). Även studien av Jaarsma et al., i vilken sjuksköterskorna kom från 23 olika länder, belyste sexuell rådgivning inom kardiologi. Författarna till denna studie fann, till skillnad från Vassiliadou et al., att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan sjuksköterskor som hade jobbat mer eller mindre än tio år inom kardiologi (29).

Genus och personliga egenskaper

Två av studierna fann skillnader mellan män och kvinnor i samband med samtal om sexualitet. Haboubi & Lincoln påvisade att kvinnor var mer benägna än män att tycka att det är pinsamt att prata om sex med patienter (23). Liknande resultat påvisades av Vassilidou et al., som fann att män hade större känsla av bekvämlighet och möjlighet till ansvar för att ge sexuell rådgivning, än kvinnor (25). Zeng et al. erfor i sin studie att gifta sjuksköterskor, i högre grad än sjuksköterskor som var ogifta, diskuterade sexuella frågor med patienten (30).

Även personliga egenskaper hos sjuksköterskan ansågs kunna främja eller hämma initiativ till samtal om sexuell hälsa. En sjuksköterska uttalade sig:

“That depends on the individual’s [nurse’s] personality. Nurses who are more sociable and skillful in communication are better to offer support, but they are only few” (27, p. 2128)

En sjuksköterska uttryckte att:

“Even a person’s appearance can play a role. For example, he [nurse] might look too strict and even if he has the knowledge the other [patient] finds it difficult to talk to him.” (27, p. 2128).

Arbetsområde

I studien av Nakopoulou et al. diskuterade sjuksköterskorna att det område de jobbade inom var en faktor som avgjorde behovet av att diskutera sexualitet. Att ge stöd för sexuella hälsoproblem ansågs särskilt viktigt för patienter inom onkologisk vård (27). En annan studie har visat att i en jämförelse mellan onkologi, medicin och kirurgi så var sjuksköterskor på kirurgavdelning minst bekväma med att prata om sexualitet med patienten. Både inom medicin och inom kirurgi ansågs det i högre grad än inom onkologi att sexualitet var för privat för att diskutera med patienten. Medicinsjuksköterskor tyckte också i högre grad än onkologisjuksköterskor att patienterna var för sjuka för att vara intresserade av sexualitet (28). Haboubi & Lincoln fann i sin studie att deltagare från medicin var mer benägna att få frågor om sexualitet från patienterna och att initiera en diskussion än vad deltagare från kirurgavdelningar och rehabiliteringsklinik var (23). I en jämförelse mellan olika onkologiska avdelningar fann Zeng et al. att sjuksköterskor på en gynekologisk onkologavdelning och på en bröstcanceravdelning i genomsnitt var mer bekväma med att diskutera sexualitet med patienten än sjuksköterskor från medicinonkologisk och kirurgonkologisk avdelning var (30).

I studien som är gjord på sjuksköterskor från 23 olika länder konstaterades att det fanns skillnader i självförtroende, ansvarskänsla och hur ofta man tog upp en diskussion om sexualitet, mellan sjuksköterskor från olika positioner. De fann att allmänsjuksköterskor hade sämre självförtroende än sjuksköterskor som arbetade administrativt och att de hade mindre känsla av ansvar för sexuell rådgivning än både sjuksköterskor som arbetade administrativt och vidareutbildade sjuksköterskor (29).

Utbildning och kunskap

I flera av studierna framkom det att brist på utbildning var en barriär för att prata om sexualitet (23,24,26,27,32). I studien av Jaarsma et al. ansåg en femtedel av sjuksköterskorna att de inte alls hade någon kunskap om sexualitet (29) och i studien av Haboubi et al. menade 79 % av de tillfrågade sjuksköterskorna att de saknade utbildning inom sexualitet (23). I en annan studie framkom det att alla deltagare tryckte på behovet av vidare träning, inte bara i fysiologiska frågor relaterat till sexualitet, utan även kommunikationsfärdigheter för att kunna ge en fullgod omvårdnad (27).

“No-one ever taught me how to approach the patient on that issue [sexuality] ...even if I have the information I need to know how I can provide it to the patient” (27, p. 2129).

“Just a physiology course is not enough. I need to learn about dialogue techniques...things are different when you have the knowledge” (27, p. 2129)

Tre studier tog upp huruvida sjuksköterskorna förstod hur deras patienters sjukdomar och behandling skulle kunna påverka deras sexualitet. Resultaten från studierna från Sverige och USA är likvärdiga då 92 % respektive 86 % av de tillfrågade sjuksköterskorna ansåg sig förstå hur patienternas sexualitet kunde påverkas av deras sjukdomar (31,28). Dessa två studier skiljde sig markant åt i jämförelse med den kinesiska studien där endast 48 % av sjuksköterskorna ansåg sig förstå detta (30). I en studie som behandlade sjuksköterskornas självförtroende vid samtal om sexualitet svarade hälften att de hade tillräcklig kunskap för att svara på patientens frågor medan 40 % tvekade i att diskutera sexualitet då de eventuellt inte skulle kunna svara på frågorna (29). Utbildning inom ämnet visade sig i flera av studierna ge resultat. I tre studier som jämförde sjuksköterskor med och utan utbildning i sexualitet påvisades signifikanta skillnader, där de med vidareutbildning var mer bekväma med att tala om sexualitet med patienten än de utan vidareutbildning (28,29,31).

ORGANISATORISKA FAKTORER

Faktorer som är organisatoriska och som ligger utanför sjuksköterskans möjlighet att påverka har lagts under rubriken organisatoriska faktorer.

Tidsbrist

Som tidigare nämnt var det mellan 20 och 30 % av sjuksköterskorna i studierna som tog sig tid att diskutera sexualitet med patienten (23,24,25 28,30,31). Just tidsbristen var en stor hindrande faktor i omvårdnaden. En studie belyste behovet av tid för att bygga upp en god relation med patienten. Sjuksköterskorna såg detta som essentiellt om känsliga ämnen som sexualitet skulle diskuteras.

"oh I just haven't got the time[...], I'm afraid that's the way things are, we are just too over-laden with chronic disease management to be able to go into the other aspects of health" (26, p. 532)

Miljö och omgivning

Även vårdmiljön kan vara en hämmande faktor för att ta upp frågor som rör sexualitet. I studien av Stead et al. samt i studien av Hordern & Street blev brist på avskildhet en orsak till att undvika diskussionen, då de flesta platser inte erhöll den ostördheten som krävs vid ett samtal som behandlar ett, för många, mycket känsligt ämne (24,32).

"No. Look, we don't have time and the workload does not allow us to think about these issues. In order to talk with the patient about sexual issues, you need time, personnel, privacy...you cannot talk in the ward in front of ten people. You need to have the appropriate environment." (27, p. 2128).

KULTURELLA FAKTORER

Några faktorer som hittades i studierna var svåra att se som hörande till vare sig profession, utbildning, erfarenhet eller organisation, utan tycktes snarare höra till det omgivande samhällets syn på vad som är lämpligt att tala högt om.

Can of worms

I studien av Haboubi & Lincoln framkom det att 50 % av de tillfrågade deltagarna tyckte att det var pinsamt att prata om sexualitet med patienter (23). Även en annan brittisk artikel, utförd av Stead et al. tog upp att det var generande att prata om sexualitet, att det var ett tabuämne och att man riskerade att öppna en "can of worms" (24), som kan liknas vid "Pandoras ask". En till studie använde sig av detta uttryck, där en kvinnlig deltagare menade:

"It is difficult, especially if it opens up a can of worms, because once you've opened up that can of worms you've got to follow it through, you can't then say oh 'I haven't time for this you need to make another appointment', you can't do that especially where it's sexual health that's involved." (26, p. 531).

I studien av Jaarsma et al. uttrycktes en oro över hur patienten skulle komma att reagera om sjuksköterskan initierade ett samtal om sexualitet. De fann att 67 % av sjuksköterskorna uppskattade att patienterna skulle bli upprörda, 72 % uppskattade att de skulle bli generade och 68 % uppskattade att de skulle bli oroliga vid diskussion om sexualitet (29).

Tabu och integritet

Att sexualitet är ett tabubelagt ämne kan man även se i studien av Nakopoulou et al. som visade att både sjuksköterskor och patienter drog sig för att prata fritt om det.

"I work as a oncology nurse 14 years...None of the patients has asked me about sex... everybody avoids it... it's a taboo subject...she [the patient] may have a problem and she is ashamed to talk about it even with her best friend." (27, p. 2128).

Att sexualitet kan vara väldigt privat belyste Hordern & Street i sin studie där deltagarna beskrev svårigheterna att tala om sexualitet, att det kunde vara svårt att prata öppet och ärligt om sexualitet även med familj och vänner.

"As far as... sexuality goes... that's not an area that I'm a real good talker on... like in my own life" (32, p. 55).

Graden av den obekvämlighet som vårdpersonalen upplevde både i privatlivet och i yrket, hade en direkt inverkan på hur stor risk de var beredda att ta i vårdmiljön(32). Zeng et al. visade i sin studie, utförd i Kina, att 76 % av sjuksköterskorna tyckte att sexualitet är en för privat fråga att ta upp med patienterna (30). I den amerikanska studien av Magnan et al. samt i

den svenska studien av Saunamäki et al. tyckte inte lika många sjuksköterskor att det var för privat. Där fann författarna att 18 % respektive 14 % av deltagarna ansåg att det var ett för privat ämne (28,31). Däremot var det många som inte var trygga med att ta upp frågan. I den svenska studien var det 60 % (31) som inte kände sig trygga och i USA var det 48 % (28). I Kina uppgav dock 70 % att de inte kände sig trygga vilket överensstämde ganska bra med hur många som tyckte att det var för privat (30).

METODDISKUSSION

Valet att göra en litteraturöversikt grundades i en önskan att få en översikt av problemet och samla den forskning som fanns att tillgå i ämnet. Det kändes också viktigt att få med både kvalitativa och kvantitativa artiklar då det skulle ge en större bredd i resultatet.

Då människans sexualitet, historiskt sett, har varit ett tabubelagt område och fortfarande är det i många samhällen, har forskning inom området varit begränsat (8). Under litteratursökningen upptäcktes ändå att det fanns en del intressant forskning som passade studiens syfte men tyvärr var många av artiklarna inte tillgängliga i fulltext vilket begränsade urvalet. Författarna tror dock att de inkluderade artiklarna speglar den forskning som finns. Tyvärr föll några artiklar bort, trots hög kvalitet på innehållet, då majoriteten inte var sjuksköterskor eller att fokus låg på annan vårdpersonal och att det inte gick att särskilja sjuksköterskans inställning.

Antalet artiklar var lagom stort då resultatet kändes mättat vid bearbetning. Då intentionen var att ta reda på hur sjuksköterskans inställning till sexualitet ser ut idag begränsades litteratursökningen till 2001-2011. Med detta val kan en del intressanta artiklar ha missats, men det övervägdes av fördelen att litteraturöversikten bygger på relativt ny forskning. Flertalet av de inkluderade artiklarna var publicerade de senaste fem åren vilket tyder på att det är ett forskningsämne på uppgång. Retrospektivt kunde litteratursökningen utförts på ett mer organiserat och systematiskt sätt. Möjligtvis hade antalet sökningar kunnat begränsas genom att sammanfoga sökorden på ett annorlunda sätt och därmed ha fångat fler artiklar på samma sökning.

Att det inte gjordes några begränsningar geografiskt var av avsikten att undersöka inställningen globalt, för att belysa likheter och skillnader. De utvalda artiklarna bygger på studier från Europa, USA, Australien och Asien och representerar därmed alla världsdelar utom Afrika. Fördelen med detta var att det gav en överblick över ett större geografiskt område, men då urvalet på tio artiklar var relativt litet begränsade detta möjligheten för att endast fokusera på kulturskillnader. Däremot gjordes vissa jämförelser och försök till förklaringar grundade i kulturella olikheter och likheter. Detta var dock bara *en del* av resultatet.

Studierna utfördes på olika typer av vårdavdelningar vilket kan ha påverkat resultatet i olika riktningar. Tre av de inkluderade artiklarna var studier gjorda inom kardiologisk verksamhet vilket möjligtvis inte är representerbart för alla kliniskt verksamma sjuksköterskor. Däremot

tycks detta spegla den forskning som finns inom området, då många funna artiklar fokuserade på vårdpersonal inom just kardiologi. Resterande inkluderade artiklar i litteraturöversikten hade dock ett bredare perspektiv, då studierna spände över allt från onkologi till primärvård.

Att utforma teman och kategorier kändes inledningsvis mycket svårt, då syftet var brett och resultatet därmed blev omfattande. Efter att ha sammanställt artiklarna såg vi dock vissa mönster som gjorde det möjligt för oss att utforma teman, vilket underlättade den fortsatta processen. Under kvalitetsgranskningen observerades att endast sex av tio artiklar hade blivit godkända av en etisk kommitté. Nio av tio artiklar tog dock upp etiska aspekter såsom frågan om frivillighet, anonymitet och rätten att dra sig ur studien.

Vid intervju eller ifyllande av frågeformulär som behandlar känsliga frågor, finns det alltid en risk att deltagarna har svarat vad de tror förväntas av dem och vad som är socialt önskvärt, istället för att vara helt ärliga. Då denna litteraturstudie byggde på intervjuer och frågeformulär om sexualitet, finns det därför en risk för att resultatet blev falskt positivt. När resultatet presenterades i procent, togs beslutet att avrunda procenttalet till närmaste heltal för att underlätta för läsaren.

RESULTATDISKUSSION

SEXUALITET SOM EN DEL AV SJKSKÖTERSKANS ANSVAR

I samtliga studier kommer frågan upp om vems ansvar det är att tala med patienten om sexualitet. I studien av Jaarsma et al., där 157 kardiologsjuksköterskor från 23 olika länder, fick svara på frågan om det hörde till deras profession att ta upp sexualiteten med patienten, svarade 87 % ja (29). Denna siffra är något högre än resultatet från övriga studier som tog upp denna fråga, där svaret låg mellan 61 och 72 % (28,30,31), vilket delvis kan förklaras med att kardiologsjuksköterskor kanske i högre grad än många andra inriktningar möter patienter med sexuella problem, till exempel efter en hjärtinfarkt. Kanske är hjärtsjukdomars påverkan på sexualiteten mer uppmärksammat än många andra sjukdomars påverkan, och därmed är personalen också mer förberedd och kan hantera detta.

Huruvida det är sjuksköterskans ansvar råder det delade meningar om vilket inte är förvånande då det, åtminstone inte i Sverige, finns några tydliga riktlinjer för detta. I kompetensbeskrivningen framgår det att sjuksköterskan ska ha ett holistiskt synsätt. Dock omnämns inte sexualiteten i ord vilket gör att det lätt förbises och att det anses vara någon annans ansvar. Det är dock viktigt att alla tar sitt ansvar. Information om läkemedelsbiverkningar hör till exempel till läkarens uppgift, men detta betyder inte att sjuksköterskan kan ignorera det. Många gånger kanske patienten inte uppfattar sin nedsatta sexlust som en läkemedelsbiverkan utan lägger skulden på sig själv i stället, och har sjuksköterskan inte för vana att fråga patienten om sexualitet finns det då risk för att

eventuella problem missas helt och hållet. Tveksamheten i vems ansvar det är att tala om sexualitet, gör alltså att det finns en risk att frågan hamnar mellan stolarna.

SJUKSKÖTERSKANS FÖRESTÄLLNINGAR OM PATIENTEN

I resultatet kunde man genomgående se en röd tråd i bakomliggande orsaker till varför sjuksköterskan inte tog upp sexualitet med patienten, nämligen dennes egna fördomar. Det mest framträdande var att patienten var för sjuk (28,29,30,31,32) och därför inte längre var intresserad av sex. Då en av artiklarna inte enbart behandlade sjuksköterskans inställning utan hade utfört intervjuer även med patienter så var det möjligt att få en inblick i hur dessa kvinnliga patienter uppfattade det att vara sjuk och vad de saknade, som ineliggande patienter, gällande frågor om sexualitet. Det visade sig att 73 % hade önskat ett samtal om sexualitet. En kvinna berättade att hon lättare kunde hantera biverkningar och orka med cytostatikabehandlingen genom fortsatt sexuell aktivitet (24). Alltså måste sjuksköterskor omvärdera sin syn på sjukdom kontra sexualitet. Alla människor är unika och vad den ena mår bra av fungerar mindre bra för en annan. Vår uppgift bör ändå vara att utgå från patienten och var den befinner sig just nu. Det är dock inte bara att patienten är för sjuk som upplevdes vara ett hinder, även ålder är en stor faktor. I resultatet kan man se att sjuksköterskor mer sällan tar upp sexualitet med äldre patienter (23,24,26,29). Vad som definieras som äldre är dock oklart. Forskning visar att det inte är ovanligt att kvinnor över 60 år har ett aktivt sexliv (24) vilket betyder att sjuksköterskor inte kan sätta sådana gränser. Civilstatus var även det en påverkande faktor (23,32). Om patienten var singel, skild, levde i ett homosexuellt förhållande eller var änka/änkeman var det mindre troligt att sjuksköterskan diskuterade sexualitet med patienten. Anledningen till att inte prata om sexualitet med en person som är singel, kan ha sin grund i ett äldre och konservativt tänkande kring att sex är något man endast har i ett fast förhållande och att driften att söka kärlek, kontakt, värme och närhet endast finns inom äktenskapet. En annan anledning kan vara att det anses lättare att prata med en patient som har en närvarande partner för då kommer det upp mer naturligt och sjuksköterskan behöver inte oroa sig över att patienten ska ta det på fel sätt och bli upprörd eller generad. Att homosexualitet kan vara ett hinder för sjuksköterskan vid samtal om sexualitet är beklagligt. Orsaker till detta kan vara kulturella värderingar och brist på kunskap. Vi hoppas att detta är något som står i förändring och att denna rädsla eller obekvämhets försvinner i takt med att samhället förändras och blir mer öppet och accepterande.

PROFESSIONELLA FAKTORER

Två separata studier har visat skillnader mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor i deras inställning till sexualitet. Haboubi & Lincoln fann att kvinnor i högre grad tycker att det är pinsamt att prata om sex (23), samtidigt som studien av Vassiliadou et al. har gett resultat som visar att kvinnliga sjuksköterskor är mer obekväma och har en lägre ansvars känsla när det gäller exempelvis sexuell rådgivning (25). Vad detta beror på är svårt att säga. En förklaring kan vara samhällets uppdelning av det kvinnliga och det manliga könet. Redan som barn blir

många varse om denna uppdelning där killar uppmuntras att vara mer våghalsiga och drivande och flickor mer tillbakadragande och försiktiga. Denna uppdelning av vilka egenskaper som är manliga och kvinnliga följer oss sedan upp i vuxna år, även om många kämpar för att bryta normer och gå sin egen väg. Kanske är det detta sociala arv som har påverkat resultatet i dessa studier, med manliga sjuksköterskor som är lite mer framåt medan de kvinnliga sjuksköterskorna tar en mer tillbakadragen roll. Viktigt att påpeka är dock att resterande åtta studier inte har funnit några signifikanta skillnader i genus och att det därför är svårt att dra några generella slutsatser som bygger på deltagarnas könstillhörighet.

Jaarsma et al. fann att allmänsjuksköterskor hade sämre självförtroende än sjuksköterskor som arbetade administrativt och att de hade mindre känsla av ansvar för sexuell rådgivning än både vidareutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor som arbetade administrativt (29). Att vidareutbildade sjuksköterskor hade större känsla av ansvar för att prata om sexualitet, än allmänsjuksköterskor stärker sambandet mellan utbildning och känsla av ansvar. Att de sjuksköterskor som arbetade administrativt var mer positiva till att diskutera sexualitet kan tyda på att de har glömt av hur svårt det kan vara i praktiken, då de aldrig utsätts för dessa situationer.

I flera av studierna framkom det att brist på utbildning är en barriär för att prata om sexualitet (23,24,26,27,32) och att sjuksköterskorna inte vet hur de ska ta upp frågan på ett lämpligt sätt. Detta känner vi igen från vår utbildning. Holism är något som präglar hela sjuksköterskeutbildningen, men trots detta har sexualiteten försumrats. Under föreläsningar som behandlade anatomi och fysiologi förbisågs reproduktionsorganen, för att kort återkomma i en heldag av reproduktiv hälsa. Där låg fokus mest på graviditet och barnafödande, något som hör till barnmorskans område och egentligen inte alls till sjuksköterskans. Detta sänder ut ett budskap om att sjuksköterskeyrket inte innefattar en aspekt på sexualitet. Utbildningen bör istället fokusera på hur vi som sjuksköterskor kan möta sexualiteten ute i vården, hos andra patienter än gravida kvinnor. När är det exempelvis extra viktigt att uppmärksamma patientens sexualitet och hur tar vi upp dessa frågor? Detta är två av många viktiga frågor som med fördel hade kunnat behandlas under utbildningen, för att förbereda framtida sjuksköterskor att arbeta holistiskt och ta in människans alla dimensioner. Flera av studierna jämförde sjuksköterskor med och utan utbildning inom sexualitet och fann att de med vidareutbildning var mer bekväma med att tala om sexualitet med patienten än de utan vidareutbildning (28,29,31), vilket stärker vår uppfattning om att mer utbildning behövs.

ORGANISATORISKA FAKTORER

Flera av studierna visade att tidsbrist är en hindrande faktor när det gäller att samtala om sexualitet (23,24,25,28,30,31). Att tiden inte räcker till känner författarna igen från sina erfarenheter av att göra praktik och av att jobba inom vården. Tidsbrist kan dock vara lika mycket en prioriteringsfråga som en reell orsak. Att fråga om patientens sexualitet känns onekligen något större och svårare och kräver möjligtvis lite mer tid, än många andra frågor

som sjuksköterskan tar upp med patienten. Men om sjuksköterskan inte bryr sig om patienter som har sexuella problem som de skulle behöva prata om, leder detta troligtvis till ett större lidande för patienten och det är därför av stor vikt att sjuksköterskor ändå tar sig denna tid.

Att miljön är en påverkande faktor tar tre studier upp som ett problem som främst handlar om bristen på avskildhet. Som det ser ut i Sverige, och på många andra håll ute i världen, är det tyvärr ganska ovanligt med enkelrum. Dessa är oftast reserverade till de allra sjukaste, och resterande patienter får ligga i salar med ibland upp till tre andra. Med bara ett skynke runt sängen är det svårt att få någon ro att prata om ämnen som av många upplevs som mycket känsliga, och dit hör bland annat samtal om sexualitet in. Tyvärr råder det ofta, särskilt inom somatisk sjukhusvård, brist på rum som är avsatta för just samtal med patient och anhöriga.

KULTURELLA FAKTORER

Den grekiska studien av Vassiliadou et al. visade att endast 12 % av de tillfrågade sjuksköterskorna faktiskt tog sig an sexuell rådgivning (25) och 76 % av sjuksköterskorna i den kinesiska studien, tyckte att sexualitet var för privat att ta upp med patienterna (30). I Grekland infördes sexualundervisning i skolan inte förrän 2003 (27) och deltagarna i studien har därför troligtvis inte haft någon sexualundervisning i skolan. En förklaring till resultatet i den grekiska studien kan därmed vara att vuxna i dagens Grekland är uppväxta med att sex inte är något som ska talas högt om, vilket gör det mindre naturligt att ta upp, trots att det åligger sjuksköterskan i dennes arbete. Den stora andelen kinesiska sjuksköterskor som tyckte att sexualitet var för privat kan delvis förklaras av kinesiska kulturella traditioner där man betonar vikten av strikt moral och återhållsam sexualitet som endast bör diskuteras inom äktenskapet (30). Detta är intressant då Zeng et al. fann att gifta sjuksköterskor, i högre grad än sjuksköterskor som var ogifta, diskuterade sexuella frågor med patienten. Trots att sexualitet är något som endast bör hållas inom äktenskapets ramar så är uppenbarligen gifta kinesiska sjuksköterskor mer bekväma än ogifta. Detta kan möjligtvis förklaras med att gifta kvinnor har större vana av att prata om sexualitet inom sina äktenskap, och kanske kommer det därför mer naturligt i samtalet med patienten. Dessa kulturella värderingar kan vara en förklaring till att resultaten skiljer sig åt i jämförelse med de svenska och amerikanska sjuksköterskornas inställning där problemet inte ligger i att sexualitet är för privat att tala om då mindre än 20 % anser detta (28,31). Däremot så kände endast 60 % av de svenska sjuksköterskorna och 48 % av de amerikanska sjuksköterskorna sig trygga i att prata om sex med patienten. Resultaten i Haboubi & Lincolns studie visade att 50 % av de tillfrågade deltagarna tyckte att det var pinsamt att prata om sexualitet med patienten (23). Att det är generande men också att sjuksköterskorna skulle råka öppna en "can of worms" är något som återkommer i de två andra brittiska studierna (24,26). Att öppna denna skulle kunna innebära att det kommer upp frågor som kanske inte kan besvaras och känslor som inte kan hanteras av sjuksköterskan. I dessa studier från England, Sverige och USA är det svårare att peka på just kulturella värderingar som en orsak till att samtal om sexualitet äger rum i så liten utsträckning. Här verkar det inte handla om en negativ *inställning* till att prata om sexualitet,

utan snarare en svårighet i att ta sig an detta samtal i praktiken. Sett ur ett globalt perspektiv verkar sexualitet alltså fortfarande vara något av ett tabubelagt ämne, vilket det inte alltid tycks finnas någon förklaring till. Enligt antropologen Roger Keesing finns det vissa kulturella fenomen som inte går att förklara eller helt "sätta fingret på". Kulturella handlingar kan istället karaktäriseras som vanor, som det inte finns någon logisk förklaring till menar Keesing (33).

Är sexualitet då något sjuksköterskor *bör beakta* i omvårdnaden? Ja, för att kunna bedriva en holistisk omvårdnad. Ska man fråga alla patienter om deras sexualitet? Dorothea Orem menar att patientens delaktighet bygger på att hon/han har intresse och kunskap om sin situation (18). Kunskap kan sjuksköterskan bidra med, men intresset måste komma från patienten själv. Alla patienter är inte intresserade av, eller redo att diskutera sexualitet med sjuksköterskan. Patienten som vi har framför oss är unik och omvårdnaden bör därför alltid bli individuell.

KONKLUSION

Majoriteten av sjuksköterskorna i denna litteraturöversikt anser att det är deras ansvar att diskutera patientens sexualitet med patienten, men i praktiken är det få som tar sig an detta. Sjuksköterskans inställning till att prata om sexualitet med patienten varierar beroende på faktorer såsom arbetsplats, erfarenhet, utbildning etcetera. Sjuksköterskor har också olika föreställningar om patienten som påverkar huruvida frågan tas upp eller ej. Dessa föreställningar rör bland annat patientens kulturtillhörighet, sjukdomstillstånd och ålder. Detta innebär att sjuksköterskans fördomar om patienten styr vilken vård denne får. Vad ska vi då göra för att bli bättre på att prata med våra patienter? Det bör läggas större vikt på utbildning, något som tydligt har framkommit i denna litteraturöversikt. De som har mer utbildning inom sexualitet känner sig mer bekväma i att initiera detta i samtal med patienten. Detta borde ingå inte bara i sjuksköterskans grundutbildning utan också fortgå på avdelningsnivå med exempelvis workshops eller seminarier i sexuell rådgivning. Forskning behövs också för att vidare undersöka patientens perspektiv och komma fram till lösningar som känns bra både för vårdpersonal och för patient. För att fånga upp dessa patienter som är i behov av hjälp och rådgivning behövs det upprättas nya rutiner inom omvårdnaden.

REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [homepage on the Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 15]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
2. Beck, M. & Justham, D, "Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patient", *Nursing Standard*, 2009; 23(31):44-8.
3. Hughes MK, Sexuality and the cancer survivor: A silent coexistence. *Cancer Nurse* 2000; 23:477–482.
4. Baggens C & Sandén I. Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. In F Friberg & J Öhlén editors. *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. Hungary: Studentlitteratur; 2009. pp. 195-226.
5. Rubin R. Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nursing Standard* 2004; 19(24); 33-37.
6. Higgins A, Barker P, Begley C M. Sexuality: The challenge to espoused holistic care. *International Journal of Nursing Practice*. 2006; 12; 345-351.
7. Nationalencyklopedin. sexualitet- Nationalencyklopedin. [homepage on the Internet]. 2011 [cited 2011 Mar 15]. Available from: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/sexualitet>
8. Hulter, B. Sexualitet, In Edberg A-K, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa*. Hungary: Studentlitteratur; 2009. pp.669-700.
9. Lepp M. Skapande och kreativitet, In: Edberg A-K, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa*. Hungary: Studentlitteratur; 2009. pp 129-159.
10. Johannisson K, Sexualiteten i historien, In PO Lundberg editor. *Sexologi*. Falköping: Liber AB; 2002.
11. Foucault, M. *Sexualitetens historia*. Band 1: viljan att veta. Göteborg: Daidalos AB; 2002.
12. Sandström K Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
13. WHO. Defining sexual health. [homepage on the internet] 2002. [cited 2011 Mars 28]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
14. De Santis J, Vasquez EP. An Appraisal of the Factors Influencing Human Sexuality Research in nursing. *Nursing Forum* 2010; 45(3):174-184.

15. Nationalencyklopedin. holism- Nationalencyklopedin. [homepage on the Internet]. 2011 [cited 2011 Apr 02]. Available from: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/holism>
16. Willman A, Hälsa och välbefinnande. In AK Edberg & H Wijk editors. Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa. Hungary: Studentlitteratur; 2009. pp. 23-38
17. Hedelin B, Jormfeldt H, Svedberg P. Hälsobegreppet; synen på hälsa och sjuklighet. In Friberg F, Öhlén J, editors. Omvårdandens grunder, Perspektiv och förhållningssätt. Hungary: Studentlitteratur; 2009. pp.229-249
18. Eldh A H. Delaktighet och gemenskap. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. Omvårdnadens grunder, hälsa och ohälsa. Hungary: Studentlitteratur; 2009. pp. 41-57.
19. Fossum B. Kommunikation, samtal och bemötande i vården. Hungary: Studentlitteratur; 2007. pp. 23-38
20. Ehnfors M VIPS-boken. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.
21. Hulter B. Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter. Lund: Studentlitteratur; 2004.
22. Friberg F Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
23. Haboubi J, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. Disability and rehabilitation 2002; 25(6):291-296.
24. Stead M L, Brown J M, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and woman with ovarian cancer about sexual issues. British journal of cancer. 2003; 88:666-671.
25. Vassiliadou A, Stamatopoulou E, Triantafyllou G, Gerodimou E, Toulia G, Pistolas D. The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. Health science journal. 2008; 2 (2):111-118
26. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Family Practice 2004; 21(5):528-536.
27. Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D. Patient's sexual health: A qualitative research approach on Greek nurse's perceptions. J Sex med 2009; 6:2124-2132.
28. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. Dermatology Nursing 2006; 18(5):448-454.
29. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, Norekval T M, Smith K, Steinke E, Thompson D R. Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2010; 9:24-29.
30. Zeng Y-C, Li Q, Wang N, Ching S S Y, Loke A Y. Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients. Cancer nursing. 2011; 34 (2):14-20.

31. Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(6):1308-1316.
32. Hordern A J, Street A F. Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians. *Contemporary Nurse*. 2007; 27 (1): 49-60.
33. Keesing RM, Theories of culture. *Annual review of anthropology* 1974; 43:73-9.

ARTIKELBILAGA

| | |
|-------------------------|---|
| Referensnummer | 23 |
| Författare | Haboubi J, Lincoln N |
| Titel | Views of health professionals on discussing sexual issues with patients |
| Ursprung, År | Storbritannien, 2002 |
| Syfte | Studera vårdpersonals synsätt till att diskutera sexuella frågor med patienter. |
| Urval/deltagare | 593 sjuksköterskor 110 läkare 73 sjukgymnaster 37 arbetsterapeuter |
| Metod | Frågeformulär |
| Resultat | Att diskutera patientens sexualitet ingår i en holistisk omvårdnad men endast 6 % kunde tänka sig att diskutera sexualitet med patienten. |
| Antal referenser | 30 |

| | |
|------------------------|--|
| Referensnummer | 24 |
| Författare | Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P |
| Titel | Lack of communication between healthcare professionals and woman with ovarian cancer about sexual issues |
| Ursprung, År | England, 2003 |
| Syfte | Identifiera Sjuksköterskors och läkares beteende och attityd till att diskutera frågor rörande sexualitet. Syftet var också att identifiera vilken nivå av information om sexualitet som gavs |
| Urval/deltagare | 16 läkare och 27 sjuksköterskor från gynekologisk och/eller onkologiska sjukvårdsavdelningar |
| Metod | Semistrukturerade intervjuer |
| Resultat | Majoriteten av vårdpersonalen trodde att de flesta kvinnor med äggstockscancer skulle uppleva sexuella problem, men endast en femtedel av sjuksköterskorna diskuterade sexuella frågor med kvinnorna. Anledningar till detta var att det inte ansågs vara ens ansvar, att det var pinsamt, att man inte hade tillräckligt med kunskap och brist på resurser. Vissa av dessa hinder var också hinder för kvinnorna, vilket tyder på att det |

| | |
|-------------------------|--|
| | finns ett behov från patienterna att förbättra kommunikationen om sexuella frågor. |
| Antal referenser | 23 |

| | |
|-------------------------|---|
| Referensnummer | 25 |
| Författare | Vassiliadou A, Stamatopoulou E, Triantafyllou G, Gerodimou E, Toulia G, Pistolas D |
| Titel | The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction |
| Ursprung, År | Grekland 2008 |
| Syfte | Att undersöka grekiska sjuksköterskors kunskap, bekvämlighet, lättnad, ansvar och praktiska tillämpning av sexuell rådgivning bland post-hjärtinfarktpatienter |
| Urval/deltagare | 203 sjuksköterskor varav 39 % arbetade på kardiologavdelning, 28.5 % på intensivavdelning och övriga på andra avdelningar |
| Metod | Intervjuer |
| Resultat | 85 % ansåg att sexuell rådgivning hör till sjuksköterskans ansvar, men endast 21 % sa att sjuksköterskor i själva verket gav sexuell rådgivning. 42 % kände sig bekväma med att diskutera sexuella frågor med patienter som genomgått en hjärtinfarkt och endast 46 % kände sig kvalificerade nog att hantera en sådan diskussion, även om fler (71.5 %) hävdade att de hade den teoretiska kunskapen om sexualitet efter hjärtinfarkt. |
| Antal referenser | 28 |

| | |
|------------------------|--|
| Referensnummer | 26 |
| Författare | Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford, H. |
| Titel | "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care |
| Ursprung, År | Storbritannien, 2004 |
| Syfte | Identifiera sjuksköterskors och läkares barriärer till att initiera diskussioner om sexualitet inom primärvården och utforska strategier för att förbättra kommunikationen inom detta område. |
| Urval/deltagare | 25 ssk 22 läkare |
| Metod | Intervjuer |
| Resultat | Termen "can of worms" sammanfattade deltagarnas åsikter om att sexuella frågor är problematiska då de är känsliga, komplexa och kräver tid och expertis. Identifierade barriärer var att patienten var äldre, homosexuell, av det motsatta könet eller från etniska minoritetsgrupper. Strategier för att förbättra kommunikationen om sexuell hälsa |

| | |
|-------------------------|--|
| | inkluderade utbildning, patientinformation och att expandera sjuksköterskans roll. |
| Antal referenser | 23 |

| | |
|-------------------------|--|
| Referensnummer | 27 |
| Författare | Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D |
| Titel | Patient's sexual health: A qualitative research approach on Greek nurse's perceptions |
| Ursprung, År | Grekland 2009 |
| Syfte | Utforska uppfattningen om sexuella hälsofrågor och hur dessa kan hindra eller främja grekiska sjuksköterskors förmåga att inkorporera sexuell hälsobedömning i vardagligt arbete. |
| Urval/deltagare | 44 sjuksköterskor |
| Metod | Fokusgrupper |
| Resultat | En variation av omgivningsfaktorer och personliga egenskaper hindrar sjuksköterskan att diskutera sexualitet, såsom kön och åldersdifferens, uppväxt, tidsbrist, och avskildhet. Alla deltagare uttryckte behovet av mer utbildning, inte bara fysiologiskt utan också i samtalsmetodik. |
| Antal referenser | 46 |

| | |
|-------------------------|--|
| Referensnummer | 28 |
| Författare | Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. |
| Titel | Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice |
| Ursprung, År | USA, 2006 |
| Syfte | Identifiera potentiella barriärer för att inkorporera patientens sexualitet i sjuksköterskans arbete. |
| Urval/deltagare | 148 sjuksköterskor |
| Metod | Frågeformulär, Sexual attitudes and beliefs survey (SABS) |
| Resultat | Den största barriären för sjuksköterskorna var att patienten var för sjuk för att vilja prata om sexualitet och att patienterna inte förväntar sig det. Cirka hälften av deltagarna tyckte att sexualitet endast skulle diskuteras om initierat av patienten. Majoriteten sjuksköterskor tyckte inte att det var ett för privat ämne att diskutera men ungefär hälften var obekväma med det. |
| Antal referenser | 37 |

| | |
|-------------------------|--|
| Referensnummer | 29 |
| Författare | Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund S, De Gees S, Mårtensson J, Moons P, Norekval T.M, Smith K, Steinke E, Thompson DR |
| Titel | Sexual counseling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence |
| Ursprung, År | Irland, 2010 |
| Syfte | Beskriva kardiologsjuusköterskors ansvar, självförtroende och praktisk tillämpning/utövande av sexuell rådgivning till kardiologpatienter och hur de bedömde patienternas bekvämlighet vid diskussion om sexualitet |
| Urval/deltagare | 157 sjuusköterskor från 23 olika länder. 85 % av deltagarna kom från Europa. Samtliga arbetade inom kardiologi |
| Metod | Frågeformulär. |
| Resultat | 87 % tyckte att de hade ett ansvar att diskutera frågor som rör sexualitet med patienten, men de flesta gjorde det sällan i praktiken. När de tog upp ämnet var det främst ur ett medicinskt perspektiv och handlade sällan om mer känsliga perspektiv. Sjuusköterskorna angav att patienterna kunde bli upprörda, generade eller ängsliga om de blev frågade om sexualiteten. En femtedel ansåg att de hade för lite kunskap i ämnet. |
| Antal referenser | 16 |

| | |
|-------------------------|--|
| Referensnummer | 30 |
| Författare | Zeng Y-C, Li Q, Wang N, Ching S S Y, Loke A Y |
| Titel | Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients |
| Ursprung, År | Kina, 2011 |
| Syfte | Beskriva kinesiska sjuusköterskors attityder och inställning gällande sexuell hälsa hos cancerpatienter samt att utforska demografiska faktorer som påverkar sjuusköterskors syn på sexualitet |
| Urval/deltagare | 199 sjuusköterskor som jobbade på onkologiska sjukvårdsavdelningar |
| Metod | Frågeformulär |
| Resultat | De flesta sjuusköterskor (76 %) upplevde sexualitet som ett för privat ämne att ta upp med patienten, 64 % trodde att patienterna var för sjuka för att vara intresserade av sex, 77 % tog sig inte tid att prata med patienten om sexualitet och nästan 70 % kände sig inte bekväma med att diskutera cancerpatienternas sexuella funderingar |
| Antal referenser | 34 |

| | |
|-------------------------|---|
| Referensnummer | 31 |
| Författare | Saunamäki N, Andersson M, Engström M |
| Titel | Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs |
| Ursprung, År | Sverige, 2006 |
| Syfte | En rapport över sjuksköterskors attityder mot att diskutera sexualitet med patienter. |
| Urval/deltagare | 88 sjuksköterskor |
| Metod | Frågeformulär. Sexual attitudes and beliefs survey (SABS) |
| Resultat | Majoriteten sjuksköterskor känner sig ansvariga för patientens sexualitet men tar sig inte tiden. 60 % känner sig inte självsäkra med att prata om sex. Utbildning och högre ålder ger en positivare inställning. |
| Antal referenser | 37 |

| | |
|-------------------------|--|
| Referensnummer | 32 |
| Författare | Hordern A J, Street A F |
| Titel | Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians |
| Ursprung, År | Australien 2007 |
| Syfte | Presentera vårdpersonals perspektiv på att kommunicera med patienter om sexualitet och intimitet inom cancer – och palliativ vård samt att ge några förslag på samtalsstrategier |
| Urval/deltagare | 32 vårdpersonal, varav 10 läkare, 13 sjuksköterskor, 4 socialarbetare, 3 terapeuter och 2 övriga |
| Metod | Semistrukturerade intervjuer. |
| Resultat | Patientens sexualitet ses av vårdpersonal ur ett medicinskt perspektiv. Vårdpersonal har förutfattade meningar om patientens sexualitet, som bygger på patientens ålder, diagnos, kultur, civilstatus och sjukdomsstatus. Det upplevdes konfronterande att kommunicera om patientens intimitet och sexualitet. |
| Antal referenser | 32 |